

регионах привел к тому, что на этот отрезок времени показатели заболеваемости близки друг к другу. Несмотря на то, что юго-восточные районы Брестской области (Полесье) вошли в зону с высокой радиоактивностью, заболеваемость РЩЖ здесь была наименьшей по Республике Беларусь – в пределах 1,5-3,0.

Через 10 лет в 1997 году наибольшая заболеваемость отмечалась в Гомельской и Могилевской областях, что соответствовало радиологическим прогнозам, степени радиоактивной загрязненности этих регионов. Следует отметить и высокую заболеваемость РЩЖ в г. Минске, что возможно связано с миграцией населения из загрязненных районов. Отмечено отсутствие роста заболеваемости в Гродненской области.

Через 15 лет к 2002 году отмечается резкий рост заболеваемости РЩЖ в Могилевской области, который продолжался до 2012 года. В этом временном промежутке самые высокие показатели заболеваемости зафиксированы в районах Могилевской области. На втором месте – заболеваемость в Гомельской области, на третьем – Минск. Самая низкая заболеваемость по-прежнему в Гродненской области. Это является особенностью данного региона.

С 2007 года начинается стабилизация заболеваемости в Гомельской, Минской и Витебской областях и г.Минске.

С 2012 по 2018 годы происходит снижение заболеваемости в Могилевской области до среднереспубликанских показателей. Показатели заболеваемости к этому периоду в Гомельской, Витебской, Минской областях и г.Минске в пределах 18,0-21,0, что соответствует среднереспубликанскому уровню.

С 2012 года по настоящее время выявлен необычный феномен резкого повышения заболеваемости в Брестской области. Заболеваемость в этом регионе превысила 30,0 и достигла 35,0 на 100 000 женщин в 2017 и 2018 годах. Такой заболеваемости не было ни в одном регионе Республики Беларусь.

Выводы.

1. Наиболее высокая заболеваемость РЩЖ за период наблюдения с 1987 по 2018 годы отмечена в регионах Республики Беларусь, наиболее пострадавших после Чернобыльской аварии – причем в Могилевской области выше, чем в Гомельской.

2. С 2012 года наблюдается значительный рост заболеваемости РЩЖ среди женщин Брестской области, достигших к 2018 году самых высоких показателей (35,0 на 100 000 женщин), зарегистрированных в Республике Беларусь.

Литература:

1. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных Белорусского канцер-регистра за 2009-2018гг. / А.Е.Океанов [и др.] ; под ред. О.Г. Суконко. – Минск : Нац. библиотека Беларуси, 2019. – 422 с.

УДК 617.7-007.681-08

ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ АНАЛОГОВ ПРОСТАГЛАНДИНОВ ПРИ УТРЕННИХ ИНСТИЛЛЯЦИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Королькова Н.К., Герасимова О.В., Приступа В.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. В настоящее время аналоги простагландинов (АП) все шире назначаются в качестве гипотензивного средства терапии первой линии у пациентов с впервые выявленной открытоугольной глаукомой. Данная группа препаратов снижает внутриглазное давление (ВГД) путем усиления увеосклерального оттока водянистой влаги. Согласно инструкции, глазные капли применяются один раз в день и сохраняют максимальный терапевтический эффект при таком режиме закапывания в течение 24 часов. В большинстве случаев инстилляции препарата проводят вечером, в 21-22 часа, нивелируя тем самым возможные местные побочные эффекты, проявляющиеся раздражением глаза, гиперемией конъюнктивы, затуманиванием зрения, чувством

жжения, болью в глазу. Однако, учитывая тот факт, что продукция внутриглазной жидкости в ночное время примерно в два раза меньше, чем в течение дня [1], утренние инстилляции АП патогенетически обоснованы.

Цель. Оценить гипотензивный эффект аналогов простагландинов, применяемых в виде глазных капель однократно утром пациентами с первичной открытоугольной глаукомой.

Материал и методы. Исследуемую группу составили 20 человек (32 глаза) с впервые установленным диагнозом первичной открытоугольной глаукомы в возрасте от 52 до 88 лет (средний возраст 69,6 лет), среди них мужчин 40%, женщин 60%. В качестве гипотензивной терапии применяли препарат Тафлупрост 0,0015% однократно утром по 1 капле в конъюнктивальную полость. Оценку уровня внутриглазного давления проводили тонометром Маклакова до начала лечения и через 1, 2, 3 и 6 месяцев регулярных инстилляций. Исследования выполнены на базе глаукомного кабинета Витебской областной клинической больницы.

Результаты. Среди исследуемых доминировали пациенты с I-ой стадией первичной открытоугольной глаукомы (68,75%), пациенты со II-ой стадией болезни составляли 31,25%. Средний уровень ВГД в группе на начало терапии составил 25,9 мм рт. ст. и колебался от 20 до 30 мм рт. ст. Максимальное статистически достоверное падение среднего ВГД на 4,9 мм рт.ст. констатировано к концу первого месяца применения АП, что составило 18,9% от исходного ВГД в группе. Прослеживалась четкая тенденция к продолжающемуся снижению глазного давления: к концу второго месяца дополнительно на 0,9 мм рт. ст, к концу третьего – еще на 0,8 мм рт.ст. Суммарное снижение среднего ВГД за три месяца регулярных утренних инстилляций Тафлупроста составило 6,5 мм рт. ст (25,3% от уровня ВГД до начала терапии). Средние показатели глазного давления к шестому месяцу лечения – 19,1 мм рт.ст. (минус 26% от исходного). Динамику падения ВГД в исследуемой группе демонстрирует рис. 1.

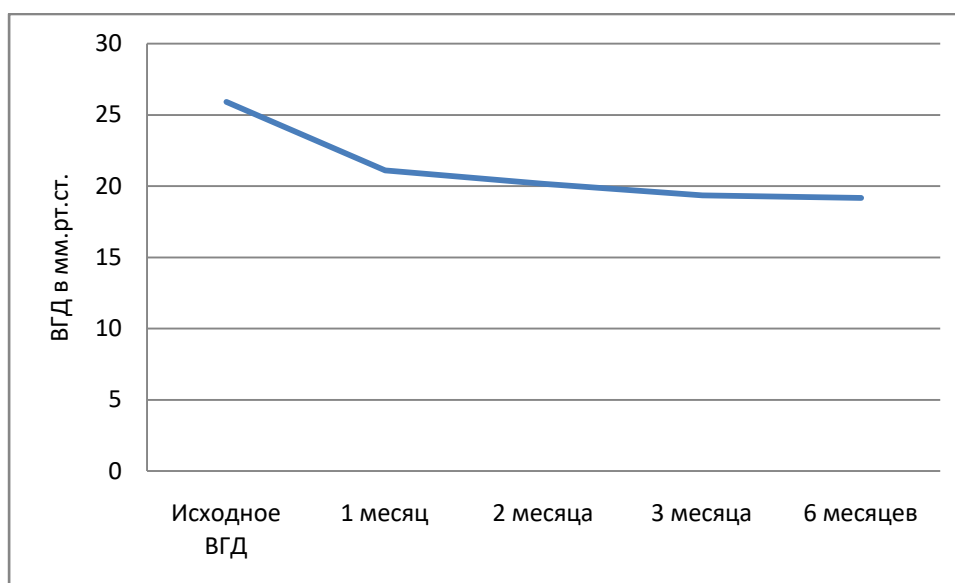


Рис. 1. Динамика ВГД в течение 6 месяцев лечения Тафлупростом 0,0015% (утренние инстилляций)

Следует отметить, что максимальный уровень снижения ВГД отмечался у пациентов с исходно высокими цифрами давления и достигал 37,9%, а у пациентов с нормотензивной глаукомой и исходно низкими цифрами давления отмечался минимальный уровень снижения ВГД от 15%.

Вывод. Применение аналога простагландина Тафлупроста однократно утром в течение шести месяцев способствовало снижению ВГД у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой в среднем на 26% от исходного уровня. Гипотензивный эффект коррелировал с исходным уровнем ВГД. Чем выше исходное давление, тем более выражен был гипотензивный эффект. Максимальная динамика отмечена к концу первого месяца лечения (минус 18,9%). Прослеживалась тенденция к падению глазного давления вплоть до шестого месяца лечения

препаратом, однако разница в показателях ВГД третьего и шестого месяцев статистически недостоверна. Таким образом, назначая препарат простагландинового ряда, оценивать конечный гипотензивный результат следует не ранее конца третьего месяца лечения.

Литература:

1. Brubaker, R.F. Flow of aqueous humor in humans / R.F. Brubaker // Invest. Ophthalm. Vis. Sci. – 1991. – Vol. 32. – P. 3145-3166.

УДК 579:616-07

МОНИТОРИНГ МИКРОБНОЙ ОБСЕМЕНЕННОСТИ ГНОЙНОГО ОЧАГА ПО УРОВНЮ D-ЛАКТАТА В ДРЕНАЖНОМ ЭКССУДАТЕ

Кубраков К.М.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Хирургическое лечение очаговых гнойных процессов (ОГП), как правило, заканчивается установкой дренажа [1]. Сроки дренирования ОГП зависят от локализации и вида гнойной полости, а также правильности установки и функционирования дренажных систем и часто определяется опытом лечащего врача [1]. Показаниями к удалению дренажей считают уменьшение отделяемого экссудата, его характер и цитологический состав. При снижении количества отделяемого 2-10 мл в сутки и количества лейкоцитов до $8-10 \pm 5,2$ считают, что наступила фаза реорганизации ткани и дренаж удаляют [1]. Эффективным контролем за течением гнойного процесса является бактериологический посев [2].

Цель работы. Изучить возможность применения D-лактата в дренажном экссудате как метод контроля микробной обсемененности гнойного очага.

Материал и методы. Были проанализированы результаты хирургического лечения 28 пациентов с ОГП. Из них у 4 (14,3%) пациентов был диагностирован спондилит, у 13 (46,4%) – спинальный эпидуральный абсцесс, у 5 (17,9%) – подкожное инфицирование ликвора в области трепанационного доступа и по 3 пациента (10,7%) с абсцессами головного мозга и субдуральными эмпиемами.

Оперативным путем ОГП были удалены и дренированы. Применяли активное и пассивное дренирование гнойного очага. Интраоперационным материалом для бактериологического исследования были кусочки тел позвонков ($n=4$), капсула абсцесса ($n=21$), подкожный экссудат ($n=5$). Ежедневно учитывалось количество отделяемого из дренажа, выполнялся бактериологический и цитологический анализы, определялся уровень D-лактата в дренажном экссудате. При проточно-промывном дренировании после забора экссудата, полость промывали растворами антисептиков.

Результаты и обсуждение. С помощью корреляционного анализа Спирмена было установлено наличие прямой корреляционной связи между уровнем D-лактата в дренажном экссудате и количеством клеток ($R_{\text{Spearman}} = 0,251$, $p < 0,05$) и положительными бактериологическими посевами ($R_{\text{Spearman}} = 0,674$, $p < 0,05$).

При первичных посевах у 28 пациентов с ОГП возбудители в монокультуре были выделены у 12 человек – 42,9% (95% ДИ 23,3-62,4). Из 12 выделенных клинических изолятов 8 оказались *S. aureus* (28,6%, 95% ДИ 10,7-46,4) и по 2 (7,1%) случая – *S. epidermidis* и *K. pneumoniae*.

Отрицательные посева ($n=16$) были связаны с назначением антибактериальных лекарственных средств широкого спектра действия до выполнения оперативного вмешательства.

Медиана уровня D-лактата в интраоперационном гнойном материале у 7 пациентов с положительными бактериологическими посевами составила 1,7 (1,5-1,8) ммоль/л, у 9 пациентов с отрицательными посевами – 1,8 (1,7-2,0) ммоль/л. При этом достоверной разницы в уровнях D-лактата у пациентов с положительными и отрицательными посевами не получено ($p_{\text{Mann-Whitney}} = 0,340$), что подтверждает микробный характер воспалительного процесса при отрицательных бактериологических посевах.